บัตร ปคง. เลขที่................/..........................



รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว 2 รูป

ใบสมัครสมาชิกสวัสดิการสุขภาพคนงานพระเจ้า
พันธกิจการแพทย์
มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ศาสนศักดิ์..

ชื่อ...สกุล...

ตำแหน่งหน้าที่...ประจำอยู่ที่...

สังกัดคริสตจักรภาคที่..

เกิดวันที่...............................เดือน...ปี ค.ศ. .... เชื้อชาติ.................................

สัญชาติ................................เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง...

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่............................ตรอก/ซอย..............................หมู่ที่.........................ถนน...

ตำบล/แขวง...อำเภอ/เขต...จังหวัด..

รหัสไปรษณีย์..เบอร์โทรศัพท์..เบอร์แฟกซ์...

สถานภาพ ☐ โสด ☐ ครอบครัว

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการบริการสุขภาพ เพื่อขอมีสิทธิ์เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของพันธกิจการแพทย์ มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย โดยแสดงความจำนงเข้าร่วมในโครงการสวัสดิการบริการสุขภาพ

ลงชื่อ..ผู้ยื่นคำร้อง

............../................../.............................

<u>ความเห็นของเจ้าหน้าที่คริสตจักรภาค</u>

ข้าพเจ้า...ตำแหน่ง..

ได้พิจารณาคำขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการสวัสดิการฯ ของ...

ทำงานในตำแหน่งหน้าที่..ประจำอยู่ที่...

สังกัดคริสตจักรภาคที่..........ขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ มีสิทธิ์เข้าร่วมในโครงการสวัสดิการบริการประกันสุขภาพคนงานพระเจ้าได้

ชำระเงินแล้ว โดยใบเสร็จรับเงิน
เลขที่..

ลงชื่อ..
............./............/...................

ลงชื่อ...ผู้รับรอง

ตำแหน่ง...

............../.................../.............................

<u>ความเห็นของคณะผู้บริหารสภาคริสตจักรในประเทศไทย</u>

ได้พิจารณาตามที่ขอมาแล้วเห็นควร ◯ อนุมัติ ◯ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก...

....

ปลัดสำนักเลขาธิการสภาคริสตจักรในประเทศไทย เลขาธิการสภาคริสตจักรในประเทศไทย

................./................./.......................... ..../................./.......................

วันที่ออกบัตร..วันที่บัตรหมดอายุ...

☐ สมัครสมาชิกใหม่

☐ ต่ออายุบัตรใหม่

☐ เปลี่ยนแปลงรายการบัตร

☐ บัตรสูญหายขอออกบัตรใหม่

สมาชิกสวัสดิการคนงานพระเจ้า

สมาชิกมี 2 ประเภท คือ ประเภทโสดและประเภทครอบครัว จะต้องชำระอัตราค่าบำรุงแก่พันธกิจการแพทย์ ดังนี้

<u>ประเภทโสด</u> อัตราค่าบำรุง 100.00 บาท/เดือน มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการบริการประกันสุขภาพเฉพาะตัว *"สมาชิก"* เท่านั้น

<u>ประเภทครอบครัว</u> อัตราค่าบำรุง 200.00 บาท/เดือน มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการบริการ สุขภาพคือตัวของ *"สมาชิก"* เอง และรวมถึง *"คู่สมรส"* และ *"บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ"* ด้วย

***หมายเหตุ** : สมาชิกจะต้องส่งเงินค่าบำรุงให้เหรัญญิกสภาคริสตจักรฯ ตาม ข้อตกลงระหว่างกัน ก่อนวันที่ 5 ของแต่ละเดือน โดยให้ คริสตจักรภาคหักค่าบำรุงประกันสุขภาพจากสมาชิกจากเงินเดือนของสมาชิกส่งให้สภาคริสตจักรในประเทศไทย*

เอกสารประกอบการขอหรือต่ออายุบัตร

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้วสี จำนวน 2 รูป แต่งกายสุภาพ,เรียบร้อย
- กรอกใบสมัครให้เรียบร้อยพร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่คริสตจักรภาคเซ็นรับรองมาด้วย

***หมายเหตุ** : 1. การขอออกบัตรหรือต่ออายุบัตรใหม่ทุกครั้งจะต้องกรอกใบสมัครใหม่พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่คริสตจักรภาคเซ็นรับรองในเอกสารใบสมัครมาด้วย*

*2. กรุณานำบัตรประกันสุขภาพคนงานพระเจ้าไปด้วยทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลในเครือสภาคริสตจักรในประเทศไทย หากเป็นสมาชิกในครอบครัว **<u>คู่สมรสให้นำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาทะเบียนสมรสไปด้วย</u>ส่วน<u>บุตรให้นำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาสูติบัตรไปด้วย</u>** เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ*

ข้อมูลสมาชิกสวัสดิการบริการสุขภาพคนงานพระเจ้า

ในสภาคริสตจักรในประเทศไทย ฉบับแก้ไข ปี ค.ศ. 1997

(พันธกิจการแพทย์)

ประเภทครอบครัว

ชื่อสมาชิก..นามสกุล..

ศาสนศักดิ์...ตำแหน่ง..วาระ..

ปัจจุบันรับใช้ที่คริสตจักร..สังกัดภาคที่....................

บัตรคนงานพระเจ้าเลขที่...............................บัตรประชาชนเลขที่...

ชื่อคู่สมรส (นาย,นาง,น.ส.)..นามสกุล..

ทะเบียนสมรส เลขที่.. ( ) ไม่มี

จำนวนบุตร....................คน

รายชื่อบุตร

1. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
2. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
3. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
4. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
5. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
6. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี
7. ชื่อ (นาย,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.)..นามสกุล...
   วันเดือนปีเกิด...อายุ..............................ปี

ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการบริการสุขภาพคนงานพระเจ้า ในสภาคริสตจักรในประเทศไทย ฉบับแก้ไข ปี ค.ศ. 1997 (ข้อ 2.2) ได้กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลประเภทครอบครัว ดังนี้

ประเภทครอบครัว อัตราค่าบำรุง 200 บาท/เดือน ***มีสิทธิได้รับสวัสดิการบริการสุขภาพ รวมทั้งตัว "สมาชิก" เอง คู่สมรส และบุตรที่ยังโสดและยังไม่บรรลุนิติภาวะ***

เอกสารประกอบ มีดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาทะเบียนสมรส
3. หนังสือรับรองการเป็นสามีภรรยา (กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรส) จากคริสตจักรภาค
4. สำเนาใบสูติบัตร (บุตร)
5. สำเนาบัตรประชาชนคู่สมรส

ลงชื่อ...สมาชิก

ลงชื่อ...ผู้ตรวจสอบ/ผู้รับรอง

ตำแหน่งประธานคริสตจักรภาคที่......12..........